

# 国民健康保険（限度額適用）標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		さいかい			
世帯主	氏名		世帯主の住所	長崎県西海市	
	生年月日				
減額対象者	氏名		世帯主との続柄	(男・女)	
	生年月日				
	個人番号				
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		
金融機関名		支店名			
口座番号		(普通・当座) 口座名義人			
差額支給	イ (460 - 210) 円 × ( ) 食 = ( ) 円				
	ロ (210 - 160) 円 × ( ) 食 = ( ) 円				
	ハ (460 - 160) 円 × ( ) 食 = ( ) 円				
	ニ (460 - 100) 円 × ( ) 食 = ( ) 円				
	合計支給額			円	
食事療養を受けた保険医療機関等		名称			
		所在地			
入院期間(日数)		年 月 日 から	日間		
		年 月 日 まで			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)					円
減額認定証の交付申請又は、減額認定証を提出できなかった理由					

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

住所  
申請者 氏名  
個人番号

印

長崎県西海市長 様